

КАРЦИНОМ У ХИПЕРФУНКЦИОНОМ АУТОНОМНОМ НОДУСУ (ПРИКАЗ СЛУЧАЈА)

М. Обрадовић, К. Ковачић, С. Планић, Н. Црнчевић, Ж. Стакић,
М. Смиљанић

УВОД

Учесталост нодозне струме у општој популацији износи 1-10%, а 6-10% палпабилних солитарних чворова су сквентиграфски Иврућиг - тј. већа је концентрација радиоактивности у чвору него у околном ткиву. Екстранодално ткиво моде и да се не прикаде, што зависи од степена супресије. Овакви чворови функционишу независно од тростепеног регулаторног механизма хипоталамус-хипофиза-штитаста длезда, па их због тога називају аутономним. Двадесет пута су чешћи код дена него код мушкараца.

Ако уз Иврућг чвор постоје физиолошке концентрације тиреоидних хормона у крви, онда говоримо о компензованом токсичном аденому, а ако уз Иврућг чвор постоје и повишене концентрације тиреоидних хормона у крви, онда говоримо о декомпензованом токсичном аденому.

Малигнитет у Иврућемг чвору је изузетно редак. Нађе се у око 4% случајева. Око 70% свих Са у токсичном аденому су папиларни, а он је опет у 5-27% случајева цистичне форме. Често се јавља мултицентрично, по неким подацима чак и у око 80% случајева.

Папиларни карцином је спорог раста, а моде годинама и мировати. Метастазира претедно лимфогено, у регионалне лимфне длезде. Ретко даје удаљене метастазе.

Прогноза оболелих од папиларног карцинома зависи од старости и пола болесника: мушкарци и особе старије од 40 година имају лошију прогнозу.

ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Наша пацијенткиња и суграђанка, тада 20-годишња девојка, по занимању текстилни техничар, први пут се јавила у нашу установу на преглед почетком фебруара 1996. године.

Дала је анамнестички податак да се чворић на врату изненада појавио средином 1995. године, није био болан и није растао. У породици нико није боловао од болести штитасте длезде.

Пацијенткиња је клинички била еуметаболична, а физичким прегледом је нађен палпабилан чвор величине мањег ораха у региону десног лобуса штитасте длезде.

RIA лабораторијске анализе су потврдиле еуметаболично стање.

Ултрасонографским прегледом утврђено је постојање хипоехогеног, јасно ограниченог и цистично-дегенеративно измењеног нодуса величине 17 x 28 мм (узудни пресек), који заузима највећи део десног лобуса. Леви лобус је био незнатно увећан, нормоехоген и хомогене грађе, без фокалних промена.

Сквентиграфијом шт. длезде добијен је карактеристичан приказ хиперфункционалног аутономног нодуса Ђ интензивно накупљање I-131 на локацији палпабилног нодуса у десном лобусу штитасте длезде, уз потпуну супресију екстранодалног ткива.

Пункциона биопсија нодуса није била урађена јер се пацијенткиња из естетских разлога одлучила за оперативно лечење које је спроведено већ крајем фебруара 1996.године.

Подаци из отпусне листе:

НР ex tempore: Аденом са папиларним израштајима.

...Интраоперативно је у десном лобусу тироидеје нађен аденом промера око 2,5 cm о чијој природи патолог није могао да се до краја изјасни на препаратима ex tempore, па ће се дефинитивни хистопатолошки налаз уписати на првом контролном прегледу. Учињена је деснострана тотална лобоистмектомија...г

На првој постоперативној контроли:

Дефинитиван НР налаз: Са papillare !

...На дефинитивним хистолошким препаратима, нађена је папиларна инфилтрација. С обзиром да се ради о инкапсулисаном интратироидном тумору (Т2, N0, M0), саветује се само супресивна терапија тироксином и повремене контроле. Уколико буде потребе, размотриће се могућност тоталне тироидектомије...г

Када је урађена прва постоперативна лабораторијска контрола, у марту 1996. године, од стране оператора је предлошена терапија Tivoral 1,5 табл. дневно. Међутим, пацијенткиња није узимала препоручену терапију већ се јавила у нашу установу где су урађени контролни ЕНО и сцинтиграфија штитасте длезде, који су потврдили да у пределу оперисаног десног лобуса нема тироидног ткива, док је леви лобус нормалне величине, без фокалних промена. Фиксација I-131 у штитастој длезди после 24 сата је износила 15%. Приликом ове контроле, и наш консултант, професор нуклеарне медицине, потврдио је неопходност супресивне терапије Tivoralom, коју је пацијенткиња у наредних месец дана узимала у дози од 1 таблете дневно, али нередовно.

Приликом следећих контрола у нашој установи, а које су обављане код ендокринолога, терапија је најпре смањена на 0,5 таблете Tivorala дневно, а затим и потпуно укинута због Иanamнестичких и клиничких знакова лаког хиперметаболизма, мада су концентрације тироидних хормона и TSH у крви биле у физиолошким границама.

Од тада, пацијенткиња је на шестомесечним контролама у нашем Институту. Добро се осећа и за сада нема знакова ширења болести. И даље не узима медикаментну терапију.

Дискусија

Оперативно лечење нодуса у штитастој длезди обично почиње нодулектомијом или лобектомијом. Патохистолошким прегледом овог материјала Iex temporeg, одлучује се о обиму оперативног лечења. Када је реч о оперативном лечењу карцинома штитасте длезде, ставови хирурга су различити Ђ иду од веома радикалних захвата (тотална тироидектомија са превентивном дубоком дисекцијом лимфних чворова врата), па до конзервативних захвата који подразумевају одстрањивање само наоплазмом захваћеног редња. Рационалан хируршки приступ би вероватно подразумевао тоталну или Inear totalг тироидектомију, са одстрањивањем и макроскопски измењених лимфних чворова. Ако се на основу дефинитивне патохистолошке анализе оцени да је урађена операција била неадекватна по свом обиму, најчешће се ради и реоперација, која је технички компликованија.

Прва постоперативна контрола се спроводи 4-6 недеља по оперативном захвату. Она подразумева одређивање концентрација Т4, TSH и тироглобулина у крви, ЕНО и сцинтиграфију штитасте длезде, као и детаљан локални клинички преглед.

Што се тиче постоперативне супресивне терапије L-tiroksinom, јединствено је схватање да је она неопходна, а једино су подељена мишљења око величине потребне супресије. Око 8% заступа мишљење да би TSH требало да има ниско-нормалну вредност, док је 22% за потпуну супресију TSH (TSH испод 0,01). Највећи број (око 70%) је за неку средину између ове две крајности.

Код одређивања дозе L-tiroksina, одлучујући фактор је степен ризика који постоји (погледати табелу).

Терапијски приступ, с обзиром на постојећи ризик ширења болести (Са papillare):

- НИЗАК РИЗИК:**
- оперативни третман (STT)
 - без радиојодне терапије
 - **супресивна Th са LT4 (TSH= 0,5 Ђ 2)**
- УМЕРЕН РИЗИК:**
- оперативни третман (HTT)
 - са или без радиојодне терапије
 - **супресивна Th са LT4 (TSH= 0,01 Ђ 0,5)**
- ВИСОК РИЗИК:**
- оперативни третман (NTT)
 - радиојодна терапија
 - **супресивна Th са LT4 (TSH испод 0,1)**

Код пацијената са ниским ризиком, висока супресија TSH може резултирати већом штетом (кардијалне и остеопоротичне компликације), него што је недоказана корист од исте.

У високо ризичним случајевима, препоручује се агресивна супресија TSH, али је још увек нејасно да ли је постигнута корист већа од штете која може бити произведена оваквим начином лечења.

ЗАКЉУЧАК

Овај случај показао је да у склопу дијагностике и даљег праћења пацијената са солитарним хиперфункционим аутономним нодусом, треба обратити пажњу на могућу појаву карцинома унутар оваквог чвора, а нарочито ако је он хипоехоген и цистично измењен (могућност да се ради о цистичној форми папиларног Ca!).

У случају неопходности постоперативне супресије L-tiroidinom, дозу лека треба ускладити са степеном постојећег ризика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bryan R., Haugen, M.D.: Initial Treatment of Differentiated Thyroid Carcinoma. Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders 2000; 1: 139 - 145.
2. М. Одавић.: Папиларни карцином штитасте длезде. Ин: М. Одавић. Клиничка нуклеарна медицина. Београд: Савремена администрација, 1990; 36 Ђ 44.
3. Љ. Стефановић. Малигни тумори штитасте длезде Ђ општа разматрања. Онколошки архив: 1994; 2: 55 Ђ 57.
4. А. Мусафија, Н. Спаравало, Г. Ђеклић и сарадници.: Папиларни карцином у врућем чвору Ђ приказ случаја. Медицински преглед, 1991; 1: 45 Ђ 47.
5. М. Малешевић, Љ. Ђилас, Ј. Михаиловић и сарадници: Карцином штитасте длезде у аутономном токсичном аденому Ђ приказ случаја, подаци из литературе и став у лечењу. Медицински преглед, 1991; 1: 48 Ђ 52.